

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 55

THYROÏDITES TYPHIQUE ET PARATYPHIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 22 Décembre 1924

PAR

Pierre-Jean-Albert-Lucien ALAIN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à **BORDEAUX** (Gironde), le 11 août 1901.

Examineurs de la Thèse {	MM. SABRAZÈS, professeur.....	<i>Président.</i>
	MOURE, professeur	{ <i>Juges.</i>
	MURATET, agrégé.....	
	BONNIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 55

THYROÏDITES TYPHIQUE ET PARATYPHIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 22 Décembre 1924

PAR

Pierre-Jean-Albert-Lucien ALAIN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BORDEAUX (Gironde), le 11 août 1901.

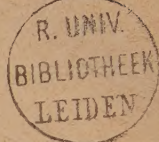
Examineurs de la Thèse	{	MM. SABRAZÈS, professeur.....	<i>Président.</i>
		MOURE, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		MURATET, agrégé.....	
		BONNIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, VILLAR.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL H.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.....	N.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquées.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	DUVERGEY.
id.....	N.	id.....	PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIA S.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Clin. des mal. des voies urinaires.....	DUVERGEY.	Chimie minérale.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.. MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A CEUX QUE J'AIME

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique*

A MONSIEUR LE MÉDECIN DE 1^{re} CLASSE GUAY

*Professeur de pathologie interne à l'École principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MES PROFESSEURS

DE LA FACULTÉ ET DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SABRAZÈS

*Professeur d'Anatomie pathologique et de microscopie clinique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin chef de service des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

THYROÏDITES TYPHIQUE

ET PARATYPHIQUES

INTRODUCTION

La thyroïdite est une détermination relativement rare des infections par le bacille typhique. Cependant, elle semblait connue depuis longtemps en Suisse, en Italie et en Allemagne, où Lebert en a publié la première observation connue en 1862. En France, elle ne fut étudiée que plus tard par Detrioux et Boucher.

A cette question se surajouta plus récemment celle des thyroïdites à bacilles paratyphiques A et B. L'observation que F. Widal et P. Nolécourt publièrent en 1897, sous le titre de thyroïdites à paracolibacilles, et dont nous donnons un résumé, semble devoir être rattachée à ce dernier groupe; car, ainsi que le font remarquer les auteurs, les résultats bactériologiques décèlent la présence d'un microbe intermédiaire par ses caractères entre le bacille d'Eberth et les colibacilles.

Les observations de thyroïdites à bacilles paratyphiques semblent beaucoup plus rares que celles à bacilles d'Eberth. A la liste de ces dernières, nous sommes heureux de pouvoir ajouter une observation inédite, due à l'obligeance de M. le

•

professeur J. Sabrazès et de ses internes, MM. de Grailly et Flye Ste-Marie.

Nous tenons à remercier M. le professeur J. Sabrazès de l'honneur qu'il nous fit en nous inspirant cette étude, et d'avoir bien voulu présider ce travail inaugural, fait sous sa direction et à l'aide des documents qu'il a bien voulu mettre à notre disposition.

Nous commencerons donc par exposer in extenso cette observation inédite. Nous donnerons ensuite le résumé d'un certain nombre d'observations déjà publiées. Enfin, dans une courte discussion appuyée sur des chiffres, nous nous efforcerons de fournir une idée, aussi exacte que possible, du point où en est la question actuellement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

(Professeur SABRAZÈS, de GRAILLY et FLYE STE-MARIE.)

M. J..., âgée de 15 ans, domestique, ayant passé sa jeunesse à Lees-Athas. (par Bedous, Basses-Pyrénées), pays où le goitre ne serait pas rare, nous est adressée le 23 mai 1924, dans notre service de l'isolement de l'Hôpital des contagieux, par M. le docteur Berti.

Elle a, depuis une quinzaine de jours, de l'inappétence et une asthénie qui empêche tout travail. Elle a notablement maigri, souffre de la tête et accuse de très vives douleurs lombaires. Elle se sent fiévreuse, a des sensations de chaud et de froid répétées. Ni point de côté, ni épistaxis. Ces symptômes s'accusent et c'est dans cet état qu'elle entre à l'hôpital.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance, sans incidents. Amygdalectomie droite pratiquée par M. le docteur Portmann un mois avant la maladie actuelle, opération légitimée par des abcès péri-amygdaliens à répétition; depuis quatre ans cette personne en avait un chaque année. Depuis un an elle a un goitre gros comme une noix, goitre survenu par conséquent chez une femme ayant eu des amygdalites phlegmoneuses (quatre poussées en quatre ans). Elle n'aurait pas été en contact avec des typhiques.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier. Sa mère a 47 ans, elle est bien portante. Deux frères en bonne santé, de 20 et 22 ans. On ne sait rien du père.

Au moment de notre examen, nous procédons à l'hémoculture qui est positive pour le bacille d'Eberth, le serodiagnostic est également positif pour le même germe.

Pression artérielle à l'oscillomètre de Pachon : Mx 14. Mn 7. I 2.

Le pouls est à 104, la température à 39, la respiration à 29 par minute.

Cette jeune fille est très abattue, pâle. La langue est saburrale, sèche. Fuliginosités sur les lèvres. Présence de taches rosées lenticulaires très disséminées sur l'abdomen. Ni gargouillements ni douleurs dans la fosse iliaque droite. Léger ballonnement de l'abdomen. Rate percevable. Pas d'augmentation de volume du foie. Pas de douleur cystique.

Diarrhée persistante, selles nombreuses, diurnes et nocturnes, d'aspect ocreux, très fétides. Pas de sang dans les selles.

L'analyse des urines, pratiquée par M. le professeur Labat, donne les résultats suivants :

Quantité : 500.

Couleur : ambrée.

Aspect : louche.

Sédiment : presque nul.

Réaction : acide.

Densité à 15° : 1.022.

Urée : 20 gr. 60 par litre.

Albumine : traces.

Glucose

Pigments biliaires

Urobiline

} Néant.

Acétone : présence.

Diazo-réaction faiblement positive.

Dans le dépôt, quelques cellules épithéliales et quelques leucocytes.

Du côté de l'appareil respiratoire on ne note que quelques sibilances et un peu d'obscurité des bases.

Appareil circulatoire : la pointe bat dans le 5^e espace, bruits un peu sourds.

Du 23 au 26 mai, la température oscille de 39° à 40°.

Le pouls de 106 à 98, 96, 104. Le taux de l'urine est au-dessous du litre, puis la quantité s'est relevée à 1.300, 1.500, le pouls oscillant de 110 à 116.

Le 27 mai : pouls à 110, avec quelques irrégularités. Tension artérielle : Mx 10, Mn 7. I 1 1/2.

Dans les premiers jours de juin, les oscillations de la température sont décroissantes. Le 6 juin 36.8 le matin, 37,8 le soir. Ces oscillations descendantes continuent sans que, cependant, la courbe prenne le caractère nettement descendant de la courbe de la typhoïde normale

Le 7 juin : température : 37.4 le matin, 37.8 le soir

Le 8 juin : — — 36 — 38.4 —

Le 9 juin : — — 37 — 38.2 —

Le 10 juin : — — 36.8 — 38 —

Le 11 juin : — — 36.4 — 37.8 —

Le 12 juin : — — 37 — 38 —

Le 13 juin : — — 36.8 — 37.8 —

Puis les oscillations s'accroissent et nous voyons la température du soir remonter sans que la malade ait de signe de rechute.

Le 15 juin : température : 36.8 le matin, 38.6 le soir.

Le 16 juin : — — 37.4 — 39 —

Le 17 juin : — — 36.8 — 38.2 —

Le 18 juin : — — 36.8 — 38.4 —

Le 19 juin : — — 36.4 — 38.4 —

Le 20 juin : — — 36.4 — 39 —

Le 21 juin : — — 36.4 — 36.8 —

Ensuite la température décroît.

Voyons d'où venait cette température durant laquelle le pouls oscillait de 88 à 98 et la respiration se maintenait à 22-24-26, le taux de l'urine étant à peu près normal et le nombre des selles de deux par jour.

Le 8 juin, au moment où commençaient les grandes oscillations, la malade est plus fatiguée, sa convalescence ne se fait pas

normalement. Elle n'est cependant pas très abattue. Sa langue est saburrale, mais elle n'a ni constipation ni diarrhée. L'abdomen, légèrement météorisé, est indolore. Matités hépatiques et splénique normales.

Tension artérielle : Mx. 11, Mn. 8, I 1.

L'examen du cœur ne dénote rien de particulier à cette date. Un peu de rudesse respiratoire dans la région du cou. Mais cette personne qui était atteinte d'un petit goître présente alors une augmentation considérable du corps thyroïde; ayant commencé insensiblement au début de la maladie, cet organe est deux fois et demi plus gros qu'antérieurement.

A l'examen du sang : 80 % d'hémoglobine; pas de liseré plasmatisque, des taches de sang sur le buvard

Globules rouges : 3.425.500.

Globules blancs : 11.540.

Taux des hématies granulees : sensiblement normal.

Nombre de plaquettes sanguines : plus élevé que normalement.

Formule leucocytaire : lymphocytes, 15 %; monocytes, 9 %; monocytes à noyau lobé, 1 %.

Leucocytes polynucléés neutrophiles : 74.3; éosinophiles, 0.

Valeur nucléaire de 100 leucocytes polynucléés neutrophiles : 192.

Image d'Arneth : à 1 noyau, 20; à 2 noyaux, 60; à 3 noyaux, 20.

A noter qu'un bon nombre de leucocytes présentent de la pigmase nucléaire.

Le 16 juin, la réaction iodophile est très peu marquée dans ces leucocytes polynucléés neutrophiles.

Le goître est devenu en réalité une thyroïdite. Le corps thyroïde très gros, douloureux, ayant la dimension d'une mandarine, s'accroît, tandis que la température varie de 37° à 39°.

Le 18 juin, apparaît sur le côté gauche du goître une zone empâtée faisant craindre une suppuration immédiate. La ponction ramène une goutte de liquide hématique,ensemencée sur gélose et examinée au microscope.

L'examen, pratiqué à l'aide de colorations diverses, y compris le bleu de méthylène à 1 p. 500, le bleu de toluidine phéniquée, le gram, le May Grunwald, Giemsa, montre :

Beaucoup de leucocytes granulo-grasieux, véritables globules de pus.

Au bleu de toluidine phéniquée, magma de globules de pus (leucocytes granulo-grasieux agglutinés). Quelques hématies.

Au milieu de ce pus, on ne trouve pas de cellulés thyroïdiennes intactes.

La coloration de Gram, montre des bacilles d'Eberth en nombre considérable, colorés en rouge par les contre-colorations, éosine et fuschine diluée.

Taux de l'hémoglobine abaissé à 70 %.

Globulins très nombreux.

La mise en culture des gouttes ramenées par la ponction a fourni du bacille typhique à l'état de pureté: Bacille mobile, Gram négatif, ne liquéfiant pas la gélatine, ne faisant fermenter ni glucose ni lactose, donnant des colonies bleues sur le milieu du Conradi-Drigalsky, formant un faible enduit sur la pomme de terre, agglutiné fortement par les sérums des typhiques après plusieurs passages en bouillon.

Il existe quelques signes de disthyroïdisme, un peu de tremblement à l'extrémité des mains. L'œil est peut-être un peu saillant

Réflexe oculo-cardiaque, pouls à 110, avant : 108, 108, 108, 116.

Analyse de l'urine du 16 juin (professeur Labat) :

Quantité : 850.

Couleur : ambrée.

Réaction : acide.

Densité à 15° : 1.008.

Urée : 5 gr. 50 par litre.

Albumine : traces.

Ni glucose ni pigments biliaires.

Rares hématies dans le dépôt.

Le 20 juin 1924 : Le volume du corps thyroïde s'accroît. Le cou devient très gros. On note la présence de deux masses du volume d'une mandarine chacune, occupant les deux côtés, solidaires des mouvements du larynx. La masse gauche est un peu plus volumineuse et un peu molle. Les téguments sont rouges au devant de cette masse

Cette jeune fille est très amaigrie, pâle, ses yeux sont cernés. La température est à 39°.

Pas d'exophtalmie nette; les paupières ne sont pas à proprement parler pigmentées.

Le réflexe oculo-cardiaque à cette date ne varie pas sous l'influence de la pression du globe.

Le tremblement menu, aux extrémités des mains, persiste.

A l'épreuve de l'adrénaline on ne note pas d'angoisse précordiale, pas de mydriase, pas d'accentuation de tremblement. Le pouls de 103 passe à 112. La tension artérielle, qui est Mx. 12,5, Mn. 7, I. 2. ne subit pas de modification importante.

On décide d'intervenir et le docteur Mangé, médecin-résident, incise la glande au point culminant de la thyroïdite, le 20 juin dans l'après-midi. Il s'échappe de 12 à 13 centimètres cube de pus bien lié, sans odeur, jaunâtre, mélangé de sang.

Le 24 juin, une détente considérable s'est produite dans la température; à partir du 23 juin elle n'oscille plus que de 36° 8 à 37° 2. En juillet, elle est de 36° 8 le matin, pour 36° 2, 36° 4 le soir. Respiration à 24, 22, 25. Deux selles par jour.

La malade s'est reconstituée rapidement. Le trajet fistuleux de la partie gauche du cou s'est peu à peu fermé.

Le 17 juillet, la malade allant bien, on fait un examen du sang :

Lymphocytes, 52 %; monocytes, 3 %; monocytes à noyau lobé, 0.67 %; polynucléaires neutrophiles, 40 %; éosinophiles, 2.68 %.

Valeur nucléaire de poly-neutro., 200.

Image d'Arneth : à 1 noyau, 28; à 2 noyaux, 48; à 3 noyaux, 20; à 4 noyaux, -4.

La malade a quitté le service complètement guérie.

L'examen histologique d'un fragment de la paroi de l'abcès, comprenant avec un segment de glande, du tissu musculaire de la région, a donné les résultats suivants :

La glande est méconnaissable dans l'abcès, ses cellules étant réduites à des noyaux pyknotiques au milieu de leucocytes polynucléaires granulo-grasieux. La réaction conjonctive, sous forme d'amas de fibroblastes jeunes agminés, réalise, çà et là, de véritables haies cellulaires, dans lesquelles nous trouvons de nombreuses mastzellen mêlées aux fibroblastes. Les résidus de colloïde ont perdu de leur

erythrophilie. Les muscles, dans la zone de périthyroïdite, sont impliqués dans le processus inflammatoire. Les fibres dissociées baignent dans le pus. Elles présentent toutes les réactions de la myosite typhique. Nous renvoyons à la description qu'en a donnée l'un de nous (J. Sabrazis), dans sa monographie des myosites typhiques. (Août 1922). Beaucoup de fibres musculaires sont en dédifférenciation, transformées en plasmodies. Le bacille typhique a été trouvé dans les coupes, à l'exclusion de tout autre microbe. Son abondance était moindre que dans le pus retiré par la ponction.

OBSERVATION II

H. ROGER (*Annales de médecine*, 1907, p. 698) (résumé).

E. P..., 29 ans; fièvre typhoïde datant de huit jours, le 2 septembre 1906. Après des complications bronchopneumoniques, la malade entre en convalescence vers le 1^{er} octobre. C'est alors qu'elle remarque que son cou grossit légèrement sans phénomènes inflammatoires. Depuis 6 ans, elle avait remarqué une petite grosseur au cou, qui avait un peu augmenté il y a trois ans, à l'occasion d'une grossesse. Pas de goître dans sa famille, ni dans son pays (Bessèges, Gard). Le 15 octobre, poussée inflammatoire; peau rouge, chaude, voix assourdie, pas de fièvre, mais pouls à 112. Après des pansements humides qui arrêtent un peu l'évolution inflammatoire, la malade sort de l'hôpital, mais revient souvent. Le 11 novembre, on note la présence d'un point ramolli et, le 19, la peau, un peu rouge à la partie médiane et inférieure du cou, recouvre une tumeur arrondie de la grosseur d'une mandarine. Quelques ganglions légèrement douloureux à la pression, à l'angle de la mâchoire et le long du trajet des deux carotides. Pas d'exophtalmie.

Le 19 novembre, incision assez petite, laissant écouler très peu d'un pus jaune verdâtre, très fétide, contenant du bacille d'Eberth

Le goître reprend l'aspect qu'il avait avant la maladie.

OBSERVATION III

COLZI (*Lo sperimentale*, 1891, XLV, 93-101.)

Homme, 23 ans. Goître antérieur. Thyroïdite suppurée, survenue avec des phénomènes généraux graves, au déclin d'une fièvre typhoïde. Incision. Pus abondant, crémeux, nauséabond.

Examen bactériologique : Bacille d'Eberth pur.

On est donc autorisé à considérer dans ce cas le bacille d'Eberth comme l'agent de l'inflammation et de la suppuration du goître. Les phénomènes généraux, abattement, amaigrissement, sont semblables à ceux que l'on observe dans les suppurations typhiques expérimentales.

OBSERVATION IV

KUMMER et TAVEL, *Revue de chirurgie*, juin 1891, p. 507.)

Femme, 26 ans. Goître antérieur, surtout hypertrophié à droite. Quelques troubles intestinaux précédèrent l'entrée de la malade à l'hôpital (fièvre typhoïde légère?). Cou tuméfié à droite, gêne respiratoire; tumeur relativement mobile à la déglutition. Ablation du lobe droit seul du corps thyroïde. Celui-ci contient deux kystes: l'un à contenu stérile (cellules épithéliales, globules rouges, cellules de granulation); l'autre de couleur jaune paille, trouble, purulent. Pas de température.

Guérison rapide.

Examen de la paroi (Tavel) : Dans la couche externe, formée de tissu fibreux englobant du tissu colloïde : pas de microbes. Dans la couche interne, entre les cellules mal colorées, nécrosées: bacilles isolés ou en groupe; entre certaines proéminences, dans les fentes du tissu : bacilles plus nombreux, en traînées, situées le plus souvent dans les fentes lymphatiques séparant les canaux glandulaires. En certains points, les bacilles ont pénétré dans l'alvéole; en d'autres, ils sont dispersés dans les cellules.

Examen du pus : Bacille court, très mobile, ne prenant pas le Gram; colonies sur gélatine, à bords frangés, ne liquéfiant pas la géla-

tine; ne formant pas de gaz dans l'agar sucré. Pas de changement de couleur dans le bouillon. Indol négatif. Inoculation à la souris : sans résultats; inoculation au cobaye : abcès.

Ce bacille est analogue à une culture de bacille typhique isolé par Frankel et différant des deux autres bacilles trouvés par Tavel dans des cas de strumite après catarrhe intestinal.

OBSERVATION V

(SPIRIG. *Correspondenzblatt für Schiv. Aerzle*, 1891, p. 47.)

Femme, 22 ans. Goitre antérieur. Thyroïdite au déclin d'une fièvre typhoïde. Incision. Grande quantité de pus.

Examen du pus : deux microbes, l'un le bacille d'Eberth; l'autre, le staphylococcus albus.

Pour Spirig la suppuration serait due au staphylocoque, le bacille d'Eberth ne se trouvant là qu'accidentellement.

OBSERVATION VI

(DUPRAZ, *Arch. de méd. expériment. et d'anat. path.*, 1892, p. 76-84.)

Homme de 33 ans, du canton de Fribourg. Goitre antérieur. Fièvre typhoïde, d'août 1891 à la fin septembre. Le 16 octobre, se produit une fièvre violente avec douleur au cou. Le 3 novembre, incision d'une thyroïdite suppurée. Grande quantité de pus malodorant et extraction de lambeaux nécrosés. Guérison complète.

Examen bactériologique : les lambeaux nécrosés sont d'épaisses travées conjonctives bourrées de bacilles, qui, comme ceux trouvés dans le pus, sont identifiés à du bacille d'Eberth exclusivement.

OBSERVATION VII

(JEANSELME, *Archives de médecine*, 1893, T. II, p. 22.)

Homme de 28 ans. Goitre antérieur. Originaire du Jura. Entre à l'hôpital pour fièvre typhoïde moyenne, finissant normalement, mais pendant le cours de la maladie, le goitre s'est accru sensiblement; la

température ne monte pas, quoique le goitre présente de la fluctuation.

Incision; pus hématique, grisâtre.

Une fistule persiste une cinquantaine de jours.

Examen bactériologique : deux microbes. L'un ressemblant au staphylocoque doré, l'autre étant le bacille d'Eberth. Ce dernier était seul capable de produire la suppuration, d'après les expérimentations sur cobaye faites par l'auteur.

OBSERVATION VIII

(BERTARELLI : *Giorn. acad. di Méd. di Torino*, 1900, p. 881-885.)

Homme. Petit goitre antérieur. Thyroïdite suppurée à la période de convalescence d'un dothiéntérie. Ponction exploratrice, puis incision et guérison.

Examen du pus : Bacille d'Eberth.

Séro-réaction positive au 1/30^e et au 1/40^e.

OBSERVATION IX

(TAVEL, *Uber Actiologie der Strumitis*. — Basel, 1892, p. 35.)

Femme, 10 ans. Strumite précédée de quelques phénomènes fébriles attribuables à une fièvre typhoïde anormale légère, restée ignorée. Suppuration. Ponction. Excision du kyste suppuré.

Examen du pus : bacille d'Eberth.

Pas de bacille typhique, ni dans le sang, ni dans les selles.

OBSERVATION X

(CHESNAIS, Thyroïdite à bacille d'Eberth, Thèse Paris, 1902, p. 44.)

Femme, 28 ans. Pas de goitre antérieur, mais diphtérie et trachéotomie dans l'enfance. Fièvre typhoïde bénigne se terminant vite et bien, lorsqu'au moment où le sujet entrait en convalescence, elle présente une série d'oscillations croissantes de température et un gonflement du cou. Une ponction exploratrice à l'endroit le plus tu-

méfié ramène quelques gouttes du pus. On fait une incision et il s'échappe 15 à 20 cc. de pus, venant surtout du côté gauche.

Cicatrisation et guérison rapide.

Le pus était gris-jaunâtre, épais, légèrement hématique.

A l'examen bactériologique, on trouve deux sortes de microbes.

L'un identifié au bacille d'Eberth et des cocci d'espèce banale.

OBSERVATION XI

(Prof. MELCHIOR, Berlina Klin, Wochens.) (Résumé).

H. W..., 52 ans, reçu à l'hôpital le 10 juin 1914.

Ses mère et grand'mère avaient un goitre. Lui-même, dès huit ans, avait un « cou volumineux ». En 1905, il a une fièvre typhoïde assez forte, qui le garde au lit 6 mois. A ce moment, il n'aurait rien constaté de particulier du côté de son goitre, mais il augmenta par la suite, pour être, depuis 6 mois, dans l'état actuel. Depuis deux ans, le malade respire mal, ne peut guère travailler.

Actuellement, nous avons un homme robuste, légèrement cyanosé, dyspnéique, surtout après effort. Goitre diffus donnant un diamètre maximum de 47 cm. Consistance très dure avec foyers de calcification. La tumeur est immobile et fixée, et aplatit la trachée. Circulation collatérale au-devant du cou et de la partie supérieure de la poitrine. Intervention très difficile le 18 juin par Kuttner sous anesthésie locale. Large incision circulaire à la base du cou. On arrive de suite sur un tissu fibreux et lardacé. Libération du pôle supérieur droit. On trouve des ganglions lymphatiques hyperplasiés. L'artère thyroïde inférieure est de la grosseur d'une carotide. On libère l'œsophage, puis on dégage le pôle inférieur rétrosternal. Pour ménager le récurrent, on doit laisser une partie du goitre. On suture après hémostase et laisse deux drains.

Suites normales; le client quitte la clinique, le 2 juillet, guéri.

Examen microscopique : tissu fibreux fortement calcifié avec, au centre, un abcès de la grosseur d'une noisette, plein d'un pus épais, gris jaunâtre, qui contient du bacille typhique en culture pure. Donc, strumite chronique de caractère fibro-calleux avec abcès central, qui serait dû au typhus abdominal d'il y a neuf ans.

OBSERVATION XII

(GALI, rapportée par Melchior dans le *Berliner Klinisch. Wochenschrift* de 1914, p. 1916, et résumée.)

Homme de 39 ans, opéré il y a 23 ans d'un goitre. 3 ans après, il a une forte fièvre typhoïde pendant la convalescence de laquelle le cou enfle à nouveau et devient sensible. Puis, la douleur disparaît et il ne subsiste qu'un peu de gonflement, sans inconvénient pour le malade.

Il y a un mois, il fut pris de maux de tête et présenta des signes d'hyperthyroïdisme. La glande grossit, le globe gauche est assez dur, uni, légèrement sensible à la pression. Le lobe droit, qui porte une vieille cicatrice d'opération, est insensible et a l'aspect d'une formation rétractée. Dans la suite, la douleur du côté gauche augmenta, et on nota l'apparition de fièvres oscillantes. Il y eut fluctuation. 14 jours après, on incise un abcès contenant du bacille d'Eberth. Guérison rapide.

OBSERVATION XIII

(F. WIDAL et P. NOBÉCOURT, *Semaine médicale* du 4 août 1897, *Résumé*.)

Homme de 31 ans. Antécédents : fièvre typhoïde à huit ans et angines fréquentes dans sa jeunesse.

Au mois de décembre dernier, il commença à tousser et maigrir, et eut plusieurs hémoptysies.

Trois semaines avant d'entrer à l'hôpital, il fut pris de douleurs au niveau de la région thyroïdienne, qui devint rouge et tuméfiée. Il dit n'avoir eu de la fièvre qu'au début, mais, comme la douleur et la tumeur augmentaient, il décida d'entrer à la Maison municipale de Santé.

L'incision faite par M. Chaput donne issue à un pus jaunâtre et d'odeur fétide. Pendant 3 jours, température oscillant autour de 39°, puis cicatrisation rapide.

Examen bactériologique : le pus fournit une culture d'un bacille présentant tous les caractères du bacille paratyphique B.

OBSERVATION XIV

(ACHARD, *Annales de médecine*, 1915, p. 334.) (Résumé).

Femme, 17 ans. Originaire de Roumeyrou (Suisse). Goîtres dans la famille. Présente quelques troubles intestinaux, avec fièvre 38°, 39°; stupeur, taches rosées lenticulaires. Séro-diagnostic négatif pour le bacille d'Eberth et le paratyphique B, mais positif à 1 p. 100 puis à 1 p. 600 pour le parathyphique B.

Dès le début de la convalescence, la malade présente une sensation de gêne à la base du cou : tuméfaction, douloureuse à la pression, suivant les déplacements du corps thyroïde pendant la déglutition, qui débute au niveau de l'isthme thyroïdien, puis envahit les lobes latéraux : fluctuation en trois zones bien limitées : l'une à gauche, sur le bord supérieur de l'isthme, les deux autres à droite, près du bord interne du lobe droit; pas de fièvre. La ponction ramène un liquide purulent, visqueux et blanc verdâtre. L'examen microscopique y révèle des polynucléaires intacts, sans microbes; pas de culture sur bouillon et gélose : guérison au bout d'un mois.

OBSERVATION XV

(LEMIERRE et TABERLET, *Bulletin de la société médicale des Hôpitaux de Paris*, du 23 mai 1919, page 513.)

Soldat hospitalisé le 10 septembre 1918 pour grippe. Présentant des signes de bronchite avec nombreux épistaxis et une température oscillant entre 38°5 le matin, et 40°2, le soir. Pas de signes abdominaux. Le malade est porteur d'un goitre assez volumineux.

Le 21 septembre, les signes pulmonaires rétrocedent, mais la fièvre persiste et l'état général est précaire. A ce moment, on remarque que le malade fléchit difficilement la tête. La palpation du goitre est douloureuse, surtout au niveau de de l'isthme, la présence d'un point fluctuant qui, ponctionné, laisse couler un pus teinté de sang.

Le 23 septembre, l'abcès thyroïdien est incisé. Suites opératoires excellentes; le 26 septembre 1918 la température est retombée à la normale.

L'examen bactériologique montre, à l'ensemencement du pus, les caractères du paratyphique A. La culture est agglutinée par un sérum anti-A à 1/5.000.

Le sérum du malade agglutinait le bacille paratyphique A à 1/200.

OBSERVATION XVI

(CARNOT et BLAMOUTIER, *Bulletin soc. méd. Hôp. de Paris*, 1923, p. 66).

Femme, 26 ans. Pas de goitre antérieur, mais sa sœur et sa tante sont porteuses de goitres. Elle a chez elle une période de fièvre ressemblant à une typhoïde banale qui finit assez vite par une convalescence normale. Mais, six jours après, le cou devient douloureux, la fièvre remonte. Le lobe droit est le plus hypertrophié. Une première ponction ne donne rien, mais bientôt de la fluctuation est constatée, et on incise.

La température tombe aussitôt et la guérison est rapide

Examens de laboratoire : un sero-diagnostic à l'entrée de la malade à l'hôpital fut positif au para B.

Le pus donne une culture pure d'un bacille agglutinant exclusivement, le para B.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

Un point qui attire le plus l'attention à la lecture des observations c'est la fréquence d'un goitre antérieur chez les sujets atteints de thyroïdite typhique ou paratyphique. Il semble qu'il faille voir dans ce fait un facteur étiologique important de localisation de l'infection sur le corps thyroïde. Nous ne voulons pas dire par là qu'une thyroïdite sera la suite fatale d'une typhoïde ou d'une paratyphoïde chez un goitreux : et d'ailleurs Carnot et Blamoutier indiquent que même dans un pays à goitre, 1 pour 100 seulement des dothiéntéries se compliquent de thyroïdite. Mais il y a certainement une corrélation entre les deux affections, explicable si l'on considère le goitre comme moins résistant que le corps thyroïde normal. Il est à noter que les sujets qui n'avaient pas de goitre antérieur avaient cependant dans leur famille des goitreux ou étaient d'un pays à goitres. Cependant deux de nos observations ne relèvent rien de particulier de ce côté.

Nous verrons plus loin que presque toujours le début de la thyroïdite correspond au début de la convalescence, c'est-à-dire à un moment où le bacille ne se trouve plus en circulation dans le sang. Cependant le bacille, qui incubait dans le sang pendant tout le cours de la maladie, a été apporté au corps thyroïde par la voie sanguine.

Le professeur Melchior, de Berlin, note, dans l'observation XI, l'hypertrophie de l'artère thyroïdienne inférieure, et beaucoup d'observations soulignent la nature hématique du pus

examiné, ce qui indique bien qu'on a affaire à une glande congestionnée. Le goitre constitue une sorte de barrage. La thyroïde ne possédant pas de conduit excréteur lui permettant de se débarrasser facilement des déchets qui l'encombrent, les bacilles y stagnent pour ainsi dire. Le réseau vasculaire de l'organe, qui dans le goitre présente des ruptures et des hématomes consécutifs, prédispose à l'arrêt des germes *in situ*, ce qui est une amorce pour le développement d'un foyer inflammatoire. Ces caractères rapprocheraient les thyroïdites des autres abcès typhiques et paratyphiques, par exemple ceux de la rate, de la loge rétrosplénique, etc., etc., comme nous le fait remarquer M. le professeur Sabrazès dans son article publié dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*.

Il est à noter que certains goitres surviennent chez des malades ayant eu de nombreuses infections rhino-pharyngées, ainsi que l'a noté M. le professeur Sabrazès, autre condition de moindre résistance pour la glande. (Obs. I et XIII).

CHAPITRE II

DEBUT

La première manifestation de l'affection, celle que tous les malades signalent, est une sensation de gêne à la face antérieure du cou. Le moment d'apparition de cette gêne est difficile à préciser exactement. Ainsi dans l'observation XIV elle est apparue quatre jours avant la chute de la température; de même dans l'observation XV. Mais presque toujours, c'est après la chute de la température qu'on la signale.

Ce début suit en général de quelques jours la chute de la température : il peut se produire beaucoup plus tard (Neuf ans, obs. XI; vingt et un ans, obs. XII). Quelquefois (obs. XIII) la thyroïdite débute d'une manière insensible pendant l'évolution de la typhoïde ou paratyphoïde qui la provoque.

Le début se fait en somme insidieusement, le malade étant au déclin de la fièvre ou tout à fait apyrétique et la douleur paraissant négligeable.

On constate une augmentation de volume du goître, s'il en existait un auparavant, et quand il n'en existait pas, la présence d'une petite tumeur sensible à la pression et mobile avec les mouvements de déglutition.

CHAPITRE III

PERIODE D'ETAT

Après ce début assez calme, le tableau change rapidement. Localement la tuméfaction augmente et devient douloureuse. Le siège de la tuméfaction est variable. D'après Ch. Lenormand, le lobe droit serait le plus souvent attaqué. La douleur est, à ce moment, spontanée, avec des irradiations le long des branches du plexus cervical. La compression du récurrent peut amener de la toux. La peau, au-devant de la tuméfaction, est souvent rouge et chaude. En raison de la douleur, rendant les efforts de déglutition très pénibles, le sujet immobilise instinctivement la région malade.

La température locale s'accroît en même temps que des phénomènes généraux se déclarent : frissons, sensations de chaud et de froid, température. La température, quand il y en a, prend le type à grandes oscillations, semblable à ceux que décrit M. Caussade. Il se pourrait que dans les cas qu'étudie M. Caussade il s'agisse d'abcès inaccessibles à l'exploration.

Cependant il est des cas où l'affection a évolué sans fièvre, ainsi dans l'observation XIV. Dans l'observation XIII le malade n'eut de fièvre qu'au début de sa thyroïdite.

Lorsque la tumeur est volumineuse, il peut y avoir des symptômes de compression, dyspnée, suffocation même, comme dans l'observation XI, et dysphagie.

CHAPITRE IV

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Toutes nos observations indiquent que la thyroïdite s'est terminée par une suppuration, sauf l'observation XIV. Et il semble utile, vue la bénignité du pronostic, d'inciser la tumeur dès que la présence du pus est reconnue. Les suites opératoires sont favorables. Dans tous les cas, dès l'incision, la température est tombée et presque toujours la poche une fois drainée s'est refermée rapidement.

Un cas (obs. II) signale la lenteur de la guérison, mais il s'agissait d'une malade qui se soignait chez elle, et il y a peut-être lieu de suspecter l'antisepsie avec laquelle elle faisait ses pansements.

Comme nous l'avons dit, le pronostic est bénin puisque dans les suites opératoires on ne relève jamais de réinfection ni de recrudescence de température, celle-ci tombant aussitôt et ne dépassant jamais 37°. Ce fait montre que les bacilles en présence desquels on se trouve sont bien des bacilles à virulence atténuée. D'ailleurs, dans le cas de Gali (obs. XII), la thyroïdite a évolué pendant vingt et un ans, ce qui confirme cette idée. Dans l'observation XIV l'auteur signale qu'à aucun moment on n'a trouvé de bacille dans la tuméfaction, bien que le malade ait présenté un séro-diagnostic positif au para B.

Quelques observations (I, II et XII) notent des signes de basedowisme, mais très atténués, la partie saine de la glande semblant suppléer à la déficience de la partie malade.

CONCLUSIONS

Si on compare les observations de thyroïdites typhiques et paratyphiques, voici les indications qu'on peut tirer de ces rapprochements :

1° 62 % de ces sujets avaient un goitre avant la thyroïdite; 19 % étaient d'un pays à goitre, 19 % ne présentaient rien de particulier à cet égard.

2° Dans 75 % des cas la thyroïdite apparaît pendant la convalescence de la typhoïde ou de la paratyphoïde et dans 25 % longtemps après, dans un cas vingt et un ans après et dans l'autre neuf ans.

3° Sur 16 observations, 9 seulement précisent le point d'infection principal. Dans 33 % des cas l'infection se produit à droite, dans 33 % à gauche, dans 22 % sur l'isthme, et dans 11 % la thyroïdite est diffuse.

4° 13 observations indiquent l'allure thermique de l'infection. Dans 61 % des cas ce sont de grandes oscillations et 39 % des cas sont considérés comme apyrétiques.

5° Sur 13 opérations nous notons 84 % de guérisons rapides et 16 % de guérisons lentes. Pas de mort.

6° Deux observations sur les 16 mentionnent la présence de ganglions enflammés.

Dans une observation inédite, relative à une malade observée par M. le professeur Sabrazès et son interne M. Flye Sainte-Marie, une thyroïdite de gros volume portant sur le lobe droit, apparut au cours d'une typhoïde à bacille d'Eberth (hémoculture et agglutination). Cette thyroïdite s'accompagnait

d'une masse ganglionnaire sus-claviculaire adjacente à la thyroïdite. La poussée s'est faite en deux temps; il y a eu recrudescence au cours d'une rechute. Pas d'évolution phlegmonneuse. La mise en culture du produit d'une ponction faite un mois et demi après le début n'a pas donné de bacilles typhiques. L'examen direct n'a pas montré de microbes, mais énormément de leucocytes altérés présentant la réaction iodophile, signature d'une inflammation. La vaccinothérapie (stock-vaccin du professeur Vincent, du Val-de-Grâce), dans ce cas de MM. Sabrazès et Flye Sainte-Marie, s'est montrée efficace.

7° Au point de vue bactériologique, dans 55 % des cas il y avait culture pure de bacille d'Eberth; dans 6 % du para A, dans 13 % du para B et dans 19 % un bacille d'Eberth associé à un autre agent microbien. Dans 6 % des cas, le pus était stérile, et dans 6 % une partie de la glande était stérile, l'autre virulente.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

SABRAZÈS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 10 décembre 1924.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD (Ch.). — Sur un cas de fièvre paratyphoïde B avec thyroïdite suppurée. *Ann. méd.*, juillet 1913, p. 334.
- CARNOT et BLAMOUTIER. — Thyroïdite suppurée à bacille paratyphique B. *Bull. Soc. méd. hôp. Paris*, janvier 1923, p. 66.
- CAUSSADE. — Les grandes oscillations thermiques au cours de la typhoïde. *Presse méd.*, 13 septembre 1924, p. 745.
- CHESNAIS. — Thyroïdites à bacille d'Eberth. Thèse de Paris, 1902, n° 341.
- LADIVAR et ROSO. — Estrumitis Eberthiana. *Prensa med. argentina*, 1916, p. 49-52.
- LEMIERRE et TABERLET. — Thyroïdite suppurée à bacille paratyphique A. *Bull. Soc. hôp. Paris*, mai 1919, p. 513.
- LENORMAND (Ch.). — Thyroïdite. *Pathologie chirurgicale*, t. II, Masson, édit.
- MELCHIOR. — Zur Kenntnis der postypösen strumitis. *Berl. klin. Wochenschrift*, 1914, p. 1916-1918.
- ROGER (H.). — Thyroïdites à bacilles d'Eberth. *Arch. gén. méd.*, 1907, p. 698.
- SABRAZES (J.), GRAILLY (DE) et DUCASSE. — L'abcès rétro-splénique survenant au cours de la fièvre typhoïde. *Gaz. hebdomadaire de médecine*, Bordeaux, n° 32, 10 août 1924.
- SABRAZES (J.). — Influence des infections rhino-pharyngées sur le corps thyroïde. *Bull. de la Gaz. hebdomadaire de médecine*, Bordeaux, septembre 1924.
- SERGENT. — Thyroïdite. *Traité de path. méd. et thérap. appliquée*, t. VI.
- WIDAL et NOBÉCOURT. — Sur un cas de thyroïdite à paracolibacille. *Semaine médicale*, 1897, p. 285.

